

# Intervenció d'infermeria en l'alletament matern

---

Programa "Alleta'm mama"

JUDIT NINOT TORNÉ

4t Grau en Infermeria  
Curs 2013-2014  
TUTORA: Palmira Rius

Universitat de Lleida



*“Potser la lactància no és la millor opció per a totes les mares, però és la millor opció per a tots els nadons”*

Lavinia Belli (Lliga de la Llet materna, Noruega)



## ÍNDEX

1. RESUM I PARAULES CLAU .....	4
2. INTRODUCCIÓ .....	5
3. MARC TEÒRIC .....	6
3.1 ANTECEDENTS LM .....	6
3.2 ANATOMIA I FISIOLOGIA DE LA LM .....	9
3.3 DOCUMENTS .....	11
3.4 COMPOSICIÓ LLET MATÈRNA .....	13
3.5 BENEFICIS DE LA LM .....	15
3.6 CONTRAINDICACIONS LM .....	17
3.7 SITUACIÓ ACTUAL .....	20
3.8 GRUPS SUPORT LACTÀNCIA .....	23
3.9 LEGISLACIÓ LABORAL EN L'EMBARÀS I L'ALLETAMENT .....	25
4. OBJECTIUS .....	30
5. METODOLOGIA .....	31
5.1 Població diana: .....	31
5.2 Professionals als que va dirigit: .....	31
5.3 Criteris d'inclusió: .....	31
5.4 Metodologia de cerca: .....	32
5.5 Síntesi de l'evidència trobada.....	32
5.6 Anàlisi de la intervenció (DAFO).....	33
5.7 Elecció nom i logotip del programa.....	34
6. INTERVENCIÓ: Sessions “Alleta’m mama” .....	35
7. CONSIDERACIONS ÈTIQUES .....	47
8. EVALUACIÓ DE LA INTERVENCIÓ .....	48
9. DISCUSSIÓ.....	49
10. CONCLUSIONS.....	50
11. BIBLIOGRAFIA .....	51
12. AGRAÏMENTS .....	54
13. ANNEXOS .....	55



## 1. RESUM I PARAULES CLAU

### RESUM

La lactància materna (LM) ha estat la forma d'alimentació bàsica per als nadons des de temps ancestrals, però actualment aquesta pràctica està patint una davallada en el seu manteniment. La OMS recomana la lactància materna exclusiva (LME) almenys fins als sis mesos d'edat del nadó i combinar-la amb altres aliments fins a l'any o més si es desitja, però hi ha diferents factors que dificulten la durada de la LM.

Entre les dificultats que es troben les mares i pares per a donar llet materna als seus fills, hi trobem la falta d'informació, la reincorporació al món laboral dels pares/mares i la manca de suport per part de l'entorn (tan per part de familiars i professionals sanitaris).

El programa “Alleta’m mama” pretén que les mares/pares se sentin més recolzats per part dels professionals de l'Atenció Primària de Salut i també donar-los eines per a combinar LM i la reincorporació a la feina incentivant la col·laboració i el suport de la parella i la família.

### PARAULES CLAU

**Lactància materna (LM)/ Breastfeeding:** L'alimentació del nadó en el pit matern.

**Lactància materna exclusiva (LME) :** El lactant només s'alimenta de llet materna, tan extreta com directament del pit, no pren cap més aliment. (1)

**Llet matèrna/Breast milk**

**Beneficis/Benefits**

**Dificultats/Defficulties**



## 2. INTRODUCCIÓ

La lactància materna és una pràctica ancestral en els humans que ha ajudat a la supervivència de l'espècie durant milions d'anys. L'alletament és doncs, en part, una activitat instintiva de tots els mamífers, i a més a més, en l'ésser humà, també esdevé un fet cultural i social.

El primer any de vida del nadó és un període de creixement i desenvolupament molt important, per això les seves demandes nutricionals també són més importants. El millor aliment en aquesta etapa de la vida del nadó és la llet materna, ja que s'adapta al nen a mesura que creix.

Per aquest motiu, la OMS recomana que la LM exclusiva fins als sis mesos d'edat del nadó. I a més a més recomana combinar-la amb altres aliments fins a l'any de vida del nen.

El cuidatge i la promoció de les pràctiques correctes d'alimentació dels nens és una feina multidisciplinar. Els professionals des de les seves consultes poden realitzar bona part d'aquest seguiment alimentari, però també s'han d'impulsar polítiques socials que donin suport a les bones pràctiques en la societat.

La lactància aporta molts beneficis, tan per a la mare com per al nadó i tot el seu entorn. Per això en aquest treball em centraré en la defensa de la lactància materna exclusiva fins als sis mesos de vida del nadó (com recomana la OMS) ja que, especialment en la reincorporació de les dones en el món laboral, la prevalença de la lactància disminueix significativament.



### 3. MARC TEÒRIC

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), la lactància materna (LM) és la millor manera d'aportar als nadons els nutrients que necessiten per a un creixement i desenvolupament saludables. Recomana el calostre com a l'aliment perfecte per als nounats i inclou que la lactància materna exclusiva s'hauria de mantenir fins als 6 mesos i després completar-la amb altres aliments fins als 2 anys de vida.

La LM és un fenomen tan biològic com cultural. L'aspecte cultural la fa vulnerable, ja que els avenços científics, canvis sociològics, cert desinterès sanitari i pressions comercials l'han fet disminuir durant l'últim segle.

#### 3.1 ANTECEDENTS LM

Algunes cultures com l'espartana clàssica, existien lleis que obligaven les dones a alletar els seus fills, independentment de la classe social. Però per altra banda, també es coneixen diferents textos històrics on s'aprecia que en moltes civilitzacions, dones de diferents generacions i classes socials, no van alletar els seus fills.

En dos codis babilònics de l'Antiga Mesopotàmia (final s. XIX a.C.) hi trobem referències al pagament de la nodrissa i en un text de Jeremies el 600 a.C. es lamenta perquè les dones de l'època són pitjors que xacals, ja que no alleten els seus fills. En diferents llibres de la Bíblia, també hi trobem referències a les dones de cria. També existeixen referències que manifesten que a Babilònia la lactància es practicava fins que el nen complia els tres anys (també a la Índia i Egipte). (2)

El papir de Ebers (1500 a.C.), és un dels tractats mèdics més antics que es coneixen, i en ell ja es parla de la cura dels nadons, de l'alletament i també d'algunes postures per alletar els nens.



A Egipte es considerava un honor la pràctica de la lactància: les nodrisses eren elegides pel faraó i tenien molts privilegis. L’abandonament de nens era penalitzat, a més a més, es regulava l’activitat sexual i es controlaven els comportaments en societat de la dona de cria i la seva higiene. Si es quedava embarassada i estava alletant un nen també era penalitzada. (2)

Les nodrisses també eren molt comuns en la Grècia clàssica y a les millors se les tenia en bona consideració. Aristòteles (384-322 a.C.) s’interessa per la lactància i si és millor la de la pròpia mare o una nodrissa. I Sorano de Éfeso (considerat el pare de la puericultura) assegura que l’abandonament de la lactància s’ha de realitzar als 2 o 3 anys de vida i és un dels episodis més importants per la vida del nen. (2)

Tot i que a l’Imperi Romà es fomentava l’alletament matern, s’associava a l’envelliment prematur, al desgast i a la dilatació dels pits, per això, la majoria de dones nobles recorrien a altres dones per alletar els seus fills. El pagament per l’alletament dels fills es donava al marit de la dona de cria, ja que era ell qui patia el desgast de la seva esposa. Tot i que alguns tractats romans de ginecologia i obstetrícia descriuen les condicions de vida òptimes per a que la llet de la nodrissa sigui el més bona possible, es considerava que les millors mares eren les que alletaven al seu propi fill. (2) (3)

Encara que les dides visquessin d’alletar nadons, aquest fet anava associat a una alta mortalitat infantil, moltes vegades aquestes morts eren degudes a asfixies o infeccions. Per això, amb l’entrada a l’era cristiana, es fomenta molt més el cuidatge dels nens i nadons. (2) (4)

Al s.VI, i sobretot en l’Edat Mitjana es dóna èmfasis a dos punts claus des de la prehistòria pel que fa a la LM: el primer fa referència a que la millor llet és la de la pròpia mare i el segon exclou a les mares que tenen malalties infeccioses de donar el pit als seus fills. (2)

A partir del s.VII trobem referències del sistema de dones de cria al Corà i a Espanya a les Partides d’Alfons X el savi, on s’indiquen les condicions que han de complir les nodrisses per a alletar correctament. A França en els s. XIII i XIX les dones de classe mitjana i alta no alletaven els seus fills, sinó que ho feien a través de dones de cria, llet d’animals i preparats de cereals. (2)



A Florència (cap al 1300) la pintura la *Madonna del latte* (Verge de la llet) que exalta clarament les virtuts de la LM i el vincle materno-filial que s'estableix, es va estendre el costum d'enviar els nens de classe noble al camp amb una nodrissa uns 2 anys. No ho feien les pròpies mares ja que havien de conservar el seu estatus social i per conservar l'aparença física. (2)

A partir d'aquell moment dos fets van fer que les dones es comencessin a inclinar per alletar el seu propi fill. El primer va ser el descobriment d'Amèrica, ja que es va veure que la desnutrició infantil per falta de làctics, no era només un problema del continent europeu. El segon va ser la importació de la sífilis a Amèrica i l'exportació de la gonorrèa a Europa. El contagi d'aquestes malalties a nadons petits va fer que creguessin que el contagi venia de la llet i per això, a partir d'aquest moment, les mares creuen que la seva pròpia llet la millor per al seu fill. (4)

A més a més, també es comença a veure la importància del vincle maternofilial, ja que les dides tenien relacions molt estretes amb els nadons. Aquest vincle, si la persona que alletava era la pròpia mare encara seria més fort i faria que la maternitat es realitzés de manera adequada, sana i amb el millor desenvolupament per als dos. És en aquest moment es produeix una evolució en la LM, les nodrisses comencen a quedar enrere i són les pròpies mares les que a través de l'alletament, reforcen el vincle maternofilial. (4)

A partir de la Segona Guerra Mundial (1939-1945), amb l'aparició de la llet en pols i suplementes de la LM, les dides van desaparèixer definitivament als anys 80 coincidint amb l'aparició del Virus de la Immunodeficiència Humana (VIH). (4)

Actualment, es té la certesa que la LM és la millor alimentació per als nadons, tot i així, s'ha de fer una sensibilització, alhora que s'ha de respectar la decisió de cada dona d'alletar als seus fills o no.

El pensament sobre la lactància s'ha anat modificant al llarg de la història. Més enllà de considerar-se un aliment, també era un bé material que donava diners. Posteriorment, es va convertir en una raó de pes per a la relació entre mare i fill. I actualment, davant les fórmules de llet, la LM es converteix en una opció més.





## 3.2 ANATOMIA I FISIOLOGIA DE LA LM

Pel que fa a l'aspecte extern, la mida i la forma dels pits es molt variable en totes les dones. Depèn del teixit connectiu i el gras i hi ha poca relació entre la mida dels pits i la capacitat de produir llet. Tot i això, s'ha comprovat que les dones obesas tenen risc de retard en la lactogènesi i les que tenen poca grassa corporal poden fabricar llet amb menys quantitat de lípids, però aquest fet es compensa fabricant un volum superior de llet materna.

Per tal que es produeixi la secreció de llet en els pits d'una dona són necessàries tres etapes:

- **Mamogènesi (creixement i desenvolupament de la glàndula mamària)**

En l'embaràs hi ha creixement mamari determinat per la influència combinada d'hormones:

-Estrògens: estimulen el desenvolupament dels conductes galactòfors.

-Progesterona: estimula el desenvolupament del sistema lobuloalveolar.

-Prolactina, somatotropina, lactògen placentari i corticoides: influeixen en la mamogènesi. (5)

- **Lactogènesi**

La prolactina és l'hormona específica encarregada de la secreció làctica. Se secreta al lòbul anterior de la hipòfisi i es produeix de forma constant (també en homes i en dones no lactants). La secreció d'aquesta hormona és regulada per una hormona hipotalàmica, denominada factor inhibidor de la prolactina (PIF). Durant l'embaràs els estrògens inhibeixen la secreció de PIF i la secreció de prolactina augmenta regularment. (6)

Els estrògens actuen també a nivell perifèric, al pit, bloquejant els receptors de la prolactina i impedit de forma parcial la seva acció. La prolactina estimula a nivell



alveolar la secreció dels components de la llet (a partir de la 10 setmana de gestació ja hi ha calostre al pit). (5) (6)

Després del naixement del nadó i amb l'expulsió de la placenta, es produeix una disminució brusca dels estrògens y la progesterona, això fa que es desbloquegi la glàndula mamària i permet l'acció de la prolactina. La secreció de prolactina augmenta notablement en les primeres 24-48 hores després del part, estimulando així la secreció de llet. (6)

Aquesta desaparició transitòria de la progesterona i l' inici de l'activitat secretora fan que les cèl·lules perdin els receptors específics de la progesterona. Això explica perquè un cop iniciada la lactància, la progesterona no és capaç d'inhibir l'acció de la PRL.

Si la mare no lacta, la concentració de PRL disminueixen fins a ser els nivells anteriors a l'embaràs en 2-3 setmanes.

- **Galactopoyesi i ejecció làctia**

Al finalitzar el primer mes de lactància disminueixen els nivells basals de prolactina, però també es produeix un augment intens de la secreció de prolactina després de cada toma. Aquesta secreció de prolactina és l'encarregada de preparar la llet per a la següent toma. En el manteniment de la secreció làctia hi intervé el buidatge del pit i el reflex neurohormonal que es produeix a través de la succió o estimulació que efectua el nadó al murgó. A partir d'aquí es desencadena un arc reflex que a través de la medul·la espinal, arriba al hipotàlem, es produeix una disminució del PIF i un augment de la producció de prolactina; així doncs, la lactància es manté mentre es produeixi aquest augment transitori de la prolactina. (5)

La llet segregada als alvèols ha de ser transferida pels conductes galactòfors per poder arribar als sens lactífers i poder ser succionada pel nadó. Mitjançant el reflex neurohormonal es produeix també una alliberació d'oxitocina al lòbul posterior de la hipòfisi. L'oxitocina estimula la contracció de les cèl·lules mioepitelials dels alvèols, facilitant l'ejecció làctica i el buidatge del pit. Al mateix temps, l'oxitocina produeix



contraccions en l'úter (entueros), que afavoreixen la involució uterina. Aquestes contraccions apareixen als 5 min de succió del nadó. (5)

Encara que tenen un paper menys rellevant, també és necessari tenir uns nivells adequats d'insulina, corticoides, hormones tiroidees i factors de creixement per tal del bon funcionament de les mames. Si no hi ha els nivells correctes pot aparèixer retard en la lactogènesi.

- **Inhibició**

Pel que fa als factors inhibidors de la secreció de llet, es creu que existeix la FIL (feedback inhibitor of lactation). Es defineix com un hormona secretada per les pròpies cèl·lules secretores de llet de l'interior de l'alvèol. Si el pit no es buida amb regularitat, el FIL actuarà sobre les cèl·lules alveolars disminuint la seva sensibilitat a la prolactina. (5)

### **3.3 DOCUMENTS**

Alguns pediatres es van preocupar per la LM abans que la OMS, Celicy Williams va defensar-la davant dels atacs de la indústria de la llet artificial a través de conferències. I l'any 1959 un grup de dones de Chicago va crear la Lliga de la Llet (actualment l'organització més prestigiosa d'ajuda de dona a dona per a la LM). (7)

L'any 1974 en la 27<sup>a</sup> Assemblea Mundial de la Salut es va posar de manifest la davallada de la LM en molts països del món i aquest fet va ser relacionat amb la promoció indiscriminada de productes per a la lactància artificial. A conseqüència d'aquest descens, el Fons Internacional de les Nacions Unides pel Socors a la Infància (UNICEF) i la OMS van aprovar el “*Codi Internacional de Comercialització dels Succedanis de la Llet Materna*” el 1981. Aquest document acredita la LM com a la millor alimentació per als nadons i regula la publicitat i distribució de mostres de les empreses que comercialitzen productes alimentaris per a nadons i nens petits. El Govern



Espanyol no s’hi va adherir fins l’any 1993 a través d’un Real Decret (RD 1408/92 al BOE 13.01.93). (8) (7)

Malgrat els esforços, la taxa de LM no augmentava de forma favorable i el 1989 l’OMS i UNICEF realitzen la *“Declaració Conjunta Sobre Protecció, Promoció i Suport a la Lactància Materna”* que manifestava el dret de tots els sectors de la societat de rebre educació sobre LM, especialment a pares i de rebre suport per a posar-la en pràctica. I l’any següent en una reunió conjunta de les dues organitzacions (OMS i UNICEF) sorgeix la *“Declaració d’Innocenti”* que instava els governs a promocionar i protegir la LM, es a dir, per a aconseguir una “cultura de la lactància materna” en contra de d’intrusisme de “la cultura del biberó”, a més a més instaurava objectius pels governs a complir abans del 1995 per a la protecció de l’al·letament matern que han estat modificats i complementats els 2005. (9) (7)

El 1991 es van publicar *“Deu passos per una feliç lactància natural”* (Annex 13.1) que són directrius per els centres per aconseguir una bon índex de LM (10). El mateix any va començar la *“Iniciativa Hospitals Amics dels Nens”* que és una acreditació que atorga OMS/UNICEF a hospitals que compleixen certs requisits, com ara un 75% de mares lactants a l’alta hospitalària i que compleixin els deu passos cap a una lactància feliç. (7) (11) (12)

L’any 2002 l’Assemblea Mundial de Salut va publicar *“l’Estratègia Mundial de l’Alimentació del Lactant i el Nen petit”* que dona suport a la lactància, dona eines per la bona instauració d’aquesta i per promoure-la i protegir-la (13). Dos anys més tard, l’Acadèmia Americana de Pediatria publica “Alletament i ús de la llet materna”, aquest document parla dels beneficis de la LM pel nadó, defineix les contraindicacions d’aquesta i explica quin paper prenen els professionals en la promoció, instauració i protecció de la LM. El mateix any es crea el *“Pla d’Acció Europeu per la protecció, promoció i suport de la lactància materna”*, reconeix la LM com una prioritat de salut pública, el seu abandonament té conseqüències negatives per a la salut maternoinfantil, la comunitat i el medi ambient, especifica certa responsabilitat dels pediatres de la promoció i protecció de l’al·letament matern i urgeix que les administracions inverteixin recursos que estiguin destinats a l’al·letament. (7)



A Catalunya, a nivell d’atenció primària, s’utilitza el programa del Nen Sà per tal de fer un seguiment de la LM. A través de les revisions que es realitzen al nadó al llarg dels primers mesos de vida, els professionals sanitaris controlen l’alimentació del nadó. En cas que sigui LM exclusiva o mixta se li pregunta a la mare si es satisfactòria o existeix algun tipus de problema per ajudar-la i donar-li suport.

### 3.4 COMPOSICIÓ LLET MATÈRNA

La llet humana conté tots els nutrients indispensables per al creixement i desenvolupament del nounat. La seva composició és dinàmica i està regulada per mecanismes neuroendocrins.

La llet materna s'adapta en cada moment a les necessitats del nadó i per això és diferent segons el moment, canvia al llarg dels mesos de lactància. És important saber que el calostre (llet dels 6 primers dies) és diferent de la llet madura, segregada a partir dels quinze dies. Encara que inicialment se segrega en poc volum, és suficient per alimentar el nadó. La composició de la llet també varia al llarg de la mateixa menjada del nadó, al principi conté més proteïnes i aigua i al final de la ingesta, els greixos. (14)

S’han identificat més de 200 components en la llet humana. La llet conté cèl·lules vives (macròfags, limfòcits, neutròfils, cèl·lules epitelials), membranes i glòbuls de greix rodejats de membranes.

Pel que fa al **calostre**, és un líquid espès i groguenc que se secreta per la mama la primera setmana després del part. El volum varia entre 2 i 20 ml per cada toma en els tres primers dies. El seu color groguenc es deu a que conté beta carotè, també conté concentracions de sodi, potassi i clor superiors a la llet madura i també més proteïnes, vitamines liposolubles i minerals. Té baixos nivells de greix i lactosa i es ric en immunoglobulines (especialment IgA secretòria). (15) (14)

Les funcions principals del calostre són: Facilitar l’establiment de la flora bífida en el tracte digestiu i en l’expulsió del meconi, conté un factor de creixement essencial per al *Lactobacillus bifidus* que és el primer medi de cultiu en la llum intestinal estèril del



nounat, protegir contra bacteris i virus gràcies a que és ric en anticossos i inhibir la formació d'IgE (principal implicada en les reaccions al·lèrgiques). (15)

En el calostre de les primeres hores després del part hi ha milions de leucòcits per decilitre, però aquesta quantitat es va reduint en les següents setmanes. Els leucòcits del calostre passen al intestí del nadó i allà segueixen produint IgA. Pel que fa a les immunoglobulines o anticossos de la mare que s'han format anteriorment com a resposta a les malalties i contactes al llarg de la seva vida, passen al nadó a través del calostre. No obstant, no li atorga immunitat permanent, sinó que el protegeixen fins que el seu sistema immune madura, cap als 3 anys. El contingut de proteïnes en el calostre és major que en la llet madura, fet que provoca un augment de la pressió osmòtica i per tan una retenció de líquid en el nounat, evitant-ne la pèrdua de pes. La lactoferrina i la transferrina capten i camuflen els àtoms de ferro per evitar la proliferació de bacteris patògens que necessiten ferro per proliferar. Les vitamines B12 i B9 es troben combinades amb una proteïna per evitar que els bacteris les utilitzin per proliferar, a més a més trobem grans quantitats de vitamina A que protegeix i preveu de l'afectació ocular. També és ric en proteïnes liposolubles (A i E). El calostre de les mares amb part prematur té els components ajustats a les necessitats dels nadons prematurs. (6) (16)

La **llet de transició** és el pas intermedi entre el calostre i la llet madura, es produeix amb la pujada de la llet entre el tercer i el quart dia després del part. (15)

En la **llet madura** el principal component és l'aigua, per això no és necessari complementar la hidratació del nen amb aigua. En aquest medi líquid, hi trobem dissolts o dispersos els altres components essencials per a l'alimentació del nadó, com els lípids, que són la principal font d'energia de la llet materna, la seva composició varia segons diferents factors (la dieta de la mare, prematuritat, estadi de la lactància, moment del dia...). Tot i la seva variabilitat, els principals lípids en la llet materna són els triglicèrids en un 98%, els àcids grassos, fosfolípids i esterols. Els lípids són ben absorbits a l'intestí, sobretot els de cadena més curta, representen el 50% de les calories ingerides pel nadó, aporten àcids grassos essencials (Omega3 i Omega6), realitzen una acció antivírica i afavoreixen el desenvolupament del cervell, del sistema nerviós i de la vista. (14) (16)

La llet humana també conté lipasa, que és un enzim que facilita la digestió dels lípids. Aquesta lipasa es manté inactiva fins que arriba a l'intestí del lactant i s'activa amb la



presència de sals biliars. I també conté una quantitat alta de colesterol, aquesta quantitat elevada és útil, ja que serveix per induir el desenvolupament de processos enzimàtics relacionats amb l'absorció, síntesi i degradació del colesterol que facilitarà la seva utilització en l'edat adulta. (15)

Les proteïnes constitueixen la llet humana en un 0,9% i en les mares de prematurs pot contenir fins a quatre vegades més de proteïna. Les fraccions proteiques que hi trobem són: la caseïna inclou un grup de proteïnes específiques de la llet (normalment són complexes de caseïnat i fosfat càlcic) i té una composició d'aminoàcids diferents en cada espècie i la quantitat d'aquesta en llet varia segons l'etapa de l'alletament (en el calostre és del 10% fins al 50% als 8 mesos). Una altra fracció proteica és el nitrogen no proteic que inclou els aminosucres que controlen la colonització dels intestins per lactobacils i contribueixen al desenvolupament del cervell, pèptids com a factors del creixement, aminoàcids lliures com la taurina (essencial per al desenvolupament del cervell i de la retina), carnitina que intervé en la síntesi de lípids cerebrals i nucleòtids que intervenen en el creixement i l'activitat immunitària. I també corresponen al grup proteic les proteïnes del sèrum làctic com la lactoalbúmina i la lactoferrina que inhibeix el creixement de determinades bacteries patògenes. (14) (16) (17)

La lactosa és el principal glúcid de la llet humana, està formada per glucosa i galactosa. És específica per al creixement del nou-nat, facilita l'absorció de calci i es considera fonamental per a la prevenció del raquitisme. (15)

Les hormones, les sals biliars i el factor de creixement epidèrmic són elements presents en la llet materna que passen intactes al nadó i també milloren la seva activitat fisiològica. Pel que fa a les vitamines, les més comuns en la llet materna són la A, E, K i C. Els minerals que hi trobem són el sodi, el calci i el fòsfor, el ferro, el zinc i el iode. (15)

### **3.5 BENEFICIS DE LA LM**

Entre els innumerables beneficis que se li atribueixen a la lactància materna hi trobem el fet que és una nutrició òptima, ja que és específica per a l'espècie i no hi ha cap aliment millor que la LM en qualitat, composició i equilibri dels seus nutrients. També canvia la composició i s'adapta a les necessitats del nen a mesura que creix i es desenvolupa. Ofereix al nadó protecció immunològica, el calostre i la llet de transició produeixen



prou IgA que protegeix al nen fins que ell es capaç de fabricar-ne suficient. Protegeix al nen sobretot de malalties digestives, infeccions, malalties respiratòries, otitis i al·lèrgies i disminueix la probabilitat de patir càncer, molt sobtada del lactant i el risc d’adquirir malalties cròniques no transmissibles en l’edat adulta (18) (19). També és una llet de fàcil digestió ja que conté la concentració adequada de grasses, proteïnes i lactosa, s’aprofiten al màxim els nutrients i no produeix ni restrenyiment ni sobrecàrrega renal. A més a més el contacte físic amb la mare organitza harmònicament els seus patrons sensorials i estimula els seus sentits. Durant els 3 primers mesos de vida el nadó necessita el contacte físic regular i constant amb la mare per organitzar els seus ritmes basals i el seu estat d’alerta i aquest fet disminueix el risc d’apnees prolongades, d’asfíxia per aspiració i de mort sobtada. (20)

L’equilibri funcional en la succió-deglució-respiració afavoreix al bon creixement maxil·lofacial (21). A més a més, els nens alletats són més actius, presenten un major desenvolupament psicomotor, millor capacitat d’aprenentatge i menys trastorns del llenguatge. (17)

Pel que fa al creixement en nens alletats amb llet materna, entre els anys 1997 i 2003 es va realitzar l’estudi multi cèntric de la OMS sobre el Patró de Creixement on es van obtenir dades de 8440 nadons (22) i nens alletats de diferents orígens ètnics i diferents cultures i a partir dels resultats s’ha pogut crear un patró internacional que es va posar a disposició dels professionals el 2006. Aquest patró confirma que tots els nens alletats, indiferentment del país on hagin nascut tenen el mateix potencial de créixer i desenvolupar-se. A més a més, com que la llet materna és considerada com una “norma” biològica aquest patró considera el lactant alimentat al pit com la norma de creixement. (6) (23)

Pel que fa a beneficis per la mare, la oxitocina produïda per l’estímul de succió actua sobre l’úter i l’ajuda a contreure’s i a tornar a la seva mida original, evita hemorràgies després del part i millora la mineralització òssia. A més a més, disminueix el risc de patir càncer de mama i d’ovaris i intervé en l’espaiament entre embarassos. La prolactina ajuda a conciliar el son i ajuda a perdre pes. (21)

L’al·letament matern també aporta beneficis psicològics per a la mare i el nadó, ja que afavoreix el vincle entre la mare i el nadó (21). Aquest vincle afavoreix la una intensa





unió i interrelació entre la mare i el fill produeix en la mare un sentiment de valoració cap a ella mateixa i un equilibri emocional per al seu desenvolupament com a dona. També és un fet que reforça els llaços afectius familiars i per tan, l'establiment d'aquests llaços i vincles disminueix el risc de maltractament infantil. La lactància ben establerta és una experiència molt satisfactòria per a la majoria de mares i pels nens estar en braços dels seus pares se senten segurs i protegits i aquest fet fa que s'afavoreixi el seu desenvolupament.

La LM també té un impacte social i mediambiental, ja que els nens alletats amb llet de la mare emmalalteixen menys i per tan, hi ha menys absentisme laboral per part dels pares per cuidar-los. També protegeix el medi ambient, ja que no crea residus de cap mena (com podrien ser pots i biberons en la lactància artificial). També proporciona beneficis econòmics per la família, ja que és molt més econòmica que les llets de fórmula (24).

### **3.6 CONTRAINDICACIONS LM**

La LM té molt poques contraindicacions i la majoria d'elles s'han de valorar de manera individual i valorant els beneficis i els danys. La transmissió del virus de la immunodeficiència humana (VIH) a través de la llet materna està demostrada, per això en els països desenvolupats es considera una contraindicació, ja que es disposa de fórmules adequades per a la lactància artificial (25). La situació canvia en països en vies de desenvolupament, on les malalties infeccioses i la malnutrició són les principals causes de mortalitat infantil. En aquestes circumstàncies, la OMS recomana la LM encara que les mares pateixin el VIH, ja que és crucial per a la supervivència dels nadons i per tan, els beneficis superen els riscos. També està demostrada la transmissió de la infecció pel virus de la leucèmia humana de cèl·lules T, i per tan, es considera una contraindicació sempre que es disposi de substituïts adequats. S'ha comprovat que el virus HTLV-I s'inactiva amb la congelació, per això les mares que pateixen aquest tipus de leucèmia poden extreure's la llet i congelar-la abans de donar-la al lactant. (26) La LM està contraindicada en els nens afectats per galactosèmia, ja que aquests nens han de seguir una dieta sense lactosa ni galactosa des del seu naixement. Un altre motiu de contraindicació de la LM és el dèficit primari congènit de lactasa, es tracta d'un cas



extremadament estrany de dèficit de lactasa per causes desconegudes que es presenta en el nou-nat.(26) (27) (28)

També hi ha fàrmacs i drogues que contraindiquen la LM pels efectes nocius que poden causar en el nen a través de la llet. En cas que una dona lactant necessiti prendre una medicació, s’ha d’eleger un fàrmac compatible amb la lactància. Les situacions excepcionals que impedeixen la LM són el tractament amb quimioteràpics o antimetabòlits. (6) (26) (27)

S’ha de suspendre si la mare rep isòtops radioactius amb finalitat diagnòstica o terapèutica. Però en aquest cas, la mare es pot treure llet i guardar-la per donar-li al nadó fins que els efectes radioactius s’excretin del cos de la mare. S’ha de tenir en compte que la llet que s’extreu els dies posteriors a l’exposició s’ha de llençar. Altres proves diagnòstiques com les radiografies, les tomografies axials computaritzades (TAC), les ressonàncies magnètiques nuclears (RMN), no contraindiquen la lactància. (6) (27)

El consum de cocaïna, heroïna, amfetamines, marihuana...és incompatible amb la lactància pels efectes nocius pels seus efectes en el nen. La metadona en canvi, no suposa un risc per al nadó, ja que passa en molt poca quantitat a través de la LM. (27)

Hi ha situacions que requereixen una valoració individual del cas, com algunes malalties infeccioses maternes, una d’elles és la tuberculosi activa no tractada, es transmet a través de la via respiratòria i no se n’han aïllat bacils en la llet materna (27). Si es diagnostica durant l’embaràs s’ha de tractar la mare per evitar el contagi i si es detecta en els últims mesos de la gestació o després del part s’ha de tractar la mare el més aviat possible i és aquí on hi ha controvèrsia entre separar o no el nadó i la mare, per una banda, la OMS aconsella no separar-los i donar al petit isoniazida (antituberculós) durant 6 mesos, en canvi l’Associació Americana de Pediatria defensa la separació mare/fill durant les dues primeres setmanes de tractament de la mare i fins que el frotis d’esput de la mare sigui negatiu. L’herpes simple si que s’ha aïllat en la llet materna, però si no es troba als mugrons o proper a ells es pot donar el pit si es tapen les lesions actives i tenir una bona higiene de mans. Pel que fa a l’hepatitis C, tot i trobar-se en la llet materna, no hi ha hagut cap contagi per aquesta via, tot i que l’Acadèmia Americana de Pediatria no contraindica la LM en aquest cas, si que recomana suspendre-la en cas que la mare tingui sagnat o clivelles als pits. La transmissió del citomegalovirus està demostrada en llet materna, en nadons nascuts a terme la infecció



curra amb símptomes lleus i no deixa cap tipus de seqüela, però en nadons prematurs pot causar problemes greus. Tot i així, en cas que la mare amb citomegalovirus vulgui amamantar el seu nadó amb llet materna, la pasteurització i la congelació redueixen notablement el risc de transmissió. La brucel·losi també es transmet a través de la LM i si es diagnostica quan ja s’ha iniciat la lactància s’hauran de tractar tan la mare com el fill. La malaltia de Lyme també s’ha aïllat en la llet materna, si la mare es diagnostica i es tracta durant l’embaràs no es contraindica la lactància, però si es diagnostica després del part ha de rebre tractament la mare i en cas que el nadó presenti símptomes també el fill. La malaltia de “Chagas” es transmet a través de la femta dels insectes de la família *Triatoma*, es transmet per via placentària, però la transmissió a través de la llet materna és molt rara. La Sífilis contraindica la lactància en cas que la mare pateixi lesions al pit, però un cop cicatritzades i tractades es pot reiniciar la lactància. El virus de la Varicel·la travessa la barrera placentària i produir una varicel·la prenatal i la seva gravetat depèn de les setmanes de gestació, però en cas de detectar-se 48 hores després del part i un cop iniciada la lactància no està contraindicada si la mare no té lesions als pits ni als mugrons. Pel que fa al Xarmpió, si es detecta quan ja està instaurada la LM no es recomana la separació mare/nadó. (26) (27) (28)

També hi ha malalties no infeccioses maternes que també s’han de valorar individualment, com ara la miastènia gravis adquirida que es pot passar a través de la LM i es recomana en brots greus no amamantar el nadó. Si la mare es diagnostica de càncer de mama s’aconsella abandonar la lactància perquè la mare iniciï el tractament el més aviat possible, però no s’ha demostrat la transmissió a través de la llet materna. Alguns casos de prolactinoma contraindiquen la LM, ja que els tractaments són inhibidors de la prolactina i fan molt difícil mantenir una producció adequada de llet. (26) (27)

Hi ha malalties del lactant que també condicionen la LM, la fenilcetonúria i la malaltia de l’orina del xarop d’acre són dues malalties que condicionen la tolerància a diferents components de la llet materna, per això, s’ha de combinar la LM amb altres llets adaptades amb poca quantitat de la substància a la qual és intolerant el nen. (27)

Alguns hàbits s’han de reduir o abandonar durant la lactància, com el consum d’alcohol que disminueix la producció de llet i bloqueja l’alliberació d’oxitocina, a més a més



petites quantitats passen al cos del nadó podent-li causar greus conseqüències. El consum de tabac, com l'alcohol, pot canviar el gust de la llet i això pot provocar el refús de la llet materna i dificulta la producció d'aquesta. (26)

També hi ha falses contraindicacions de la LM. La diabetis mellitus no contraindica la lactància, però si està mal controlada pot dificultar la producció de llet. Les infeccions agudes comuns (constipat, amigdalitis, diarrees...) no contraindiquen la lactància ja que no es transmeten per la llet i en cas que la mare necessiti medicació haurà de ser compatible amb la lactància. L'hepatitis A és un virus de transmissió fecal-oral i la transmissió vertical és rara. Es vacunarà al nen el més aviat possible i es tindrà molt en compte la higiene de mans abans d'agafar el nadó. Pel que fa a l'hepatitis B, tot i aïllar-se en la llet materna el risc de transmissió per aquesta via es molt estrany. La vacuna injectada durant el primer dia de vida del nadó permet l'alletament matern. El mugró invertit o pla no impedeix la LM, ja que, tot i que costarà més, l'estimulació del nadó i la utilització de treure llets ajudaran a la instauració de la lactància. Els implants mamaris no contraindiquen la LM, ja que no s'ha demostrat el pas de silicona en la llet i no s'ha descrit cap efecte advers en el lactant. (26) (27) (28)

Les diarrees i la icterícia neonatal tampoc són factors que contraindiquin la LM. (27)

### 3.7 SITUACIÓ ACTUAL

En les últimes tres dècades la incidència i duració de la lactància materna exclusiva s'ha vist reduïda i aquest fet està reconegut com un problema de salut pública en els segles XX i XXI. La prevalença i duració de la lactància materna en tots els països europeus són inferiors a les recomanacions de la OMS. (29) (6)

L'any 1992 la OMS i UNICEF, amb preocupació per aquest problema, es van proposar per l'any 2005 que almenys el 50% de les mares alletessin exclusivament als seus fills fins als 6 mesos d'edat. Però segons l'informe mundial sobre l'estat de la infància publicat per UNICEF el 2004, on es recull la incidència de la lactància materna, en els països desenvolupats la incidència de la lactància és baixa. Segons aquest document al món, tan sols un 39% dels nadons reben LM exclusiva fins als 6 mesos de vida. (6) (30)



A Espanya en aquest moment no existeix un sistema oficial de seguiment i monitorització de la LM a nivell nacional. Però s’han realitzat diferents estudis a diferents regions del país i a través de les dades de l’Institut Nacional d’Estadística (INE) es poden obtenir dades de la LM exclusiva. Segons l’INE l’any 2012, el 80% de les mares optaven per la LM en el moment del naixement, a les sis setmanes de vida aquesta xifra disminueix fins al 66,2%, als tres mesos la xifra es redueix al 53,6% i finalment arriba a un 28’5% de LM exclusiva en els 6 mesos de vida del nadó. Pel que fa al percentatge de LM segons la classe social, no hi té gaire relació, ja que segons l’INE en totes les famílies, independentment de l’economia, la LM exclusiva als sis mesos es troba entre el 26 i el 36%. (30)

Per aquest motiu, la LM és un problema important en el nostre país, ja que també esdevé un problema de salut pel nadó i per la mare. Per això, en alguns països on s’han implementat polítiques de suport, promoció, defensa i protecció de la LM, s’ha registrat una repercussió positiva en la morbiditat i la mortalitat infantil, per això justifica tots els esforços encaminats al seu rescat.

En el nostre país no es compleixen les directrius marcades en l’ “Estratègia mundial per a l’alimentació del nen petit i el lactant”, tampoc es compleixen els objectius de la Declaració d’Innocenti i la iniciativa d’Hospitals Amics dels Nens està molt poc implantada.

Actualment s’ha perdut la cultura social de l’alletament, les dones no troben prou suport en el seu entorn per poder tenir la seguretat suficient per instaurar una lactància materna satisfactòria. Tampoc ajuda que moltes mares quan plora el nadó interpreten que “passa gana” i que “no tenen prou llet” i a més a més, quan el nen es desvia una mica del patró de creixement que hauria de seguir, automàticament s’introdueixen succedanis de la llet materna i es redueix l’alletament matern. (31)

Hi ha diferents factors que influeixen negativament en la instauració i el manteniment de la lactància materna exclusiva, entre els quals hi torbem: la falta d’informació i suport prenatal i postnatal a la mare i la família, la visió social de l’alletament amb biberó com a majoritària en els mitjans de comunicació, pràctiques i rutines inadequades en diferents àmbits sanitaris, escassa formació del personal sanitari i autoritats sobre la lactància materna, el poc suport social i familiar a la mare que alleta,



la utilització inapropiada de la publicitat de sucedanis de llet materna (tan en institucions sanitàries com fora), publicacions per a pares i mares, la distribució de mostres de llet artificial, xumets en centres de salut, farmàcies i comerços, escasses ajudes a la mare lactant amb feina remunerada (en la legislació actual i els llocs de treball), alguns mites socials (por a perdre la silueta o la deformació dels pits) i por a perdre la llibertat de la dona que alleta (32) . Una de les principals preocupacions de les mares són les aspiracions professionals, les dones volen tornar el més aviat possible a la feina per seguir sent eficients i per por a quedar-se sense feina (sobretot en els últims anys de crisi econòmica) i una altra gran preocupació entre les mares és que creuen que els nadons es queden amb gana, però això es deu a que no reben la informació suficient, ja que el pit s’estimula amb la succió del nadó i com més quantitat de llet necessita el nadó, més en produeix. Segons un estudi, un 44% de les dones van deixar l’alletar el seu nadó perquè creien que el deixaven amb gana i un 42,3% de les mares treballadores van abandonar la LM quan es van reincorporar a la feina. (31) (22)

En els resultats de la enquesta nacional de LM de la Iniciativa Mundial de la Lactància Materna (WBTi), podem comprovar, que els principals inconvenients en la lactància per a la mare són: la complicació de combinar LM amb el món laboral, la incomoditat de donar pit en un lloc públic i en tercer lloc que els pits perden fermesa. (22)

També hi ha grups socials amb més risc de fracàs de l’alletament matern: alguns grups ètnics que veuen l’alletament artificial com un símbol de riquesa i progrés, progenitors amb escàs nivell d’estudis o amb feines precàries, famílies sense figura paterna (mares adolescents o solteres) i problemes en el nounat com el baix pes al néixer, la prematuritat, naixement per cesària i els parts múltiples, que fan més difícil l’alletament des del principi. (33)

En els països en desenvolupament un 35% de les morts infantils es deuen a la desnutrició, per això en aquests països és encara més greu que la LM s’abandoni abans del que es recomana, ja que parlem de contextos amb baixes taxes de vacunació, contaminació de les aigües i reducció de la immunitat. (30)

Pel que fa a països industrialitzats, una menor duració de la LM exclusiva està relacionada amb un major de risc d’infeccions gastrointestinals, hospitalitzacions com a resultat d’infeccions en el primer any de vida, dermatitis i mort súbbita del lactant.



Per tan, s’hauria de fomentar l’orientació de les mares, principalment les adolescents, intentant que s’incorporin a xarxes de suport a les parelles i a les famílies perquè tinguin suport amb l’arribada del nadó i puguin resoldre dubtes. D’aquesta manera millorariem la falta d’experiència en la LM i la percepció de deixar al nen amb gana. També s’hauria de donar eines per aconseguir un bon pla per a l’al·letament del nadó fins l’edat que es decideixi i s’hauria d’ensenyar correctament la conservació de la llet en cas que la mare s’incorpori al mercat laboral. D’aquesta manera atorguem a les mares una informació adequada i així no es deixarien influir per mites i costums arrelades en la societat. (14) (34)

Amb l’objectiu d’aconseguir que les mares estiguin informades, és important que des del principi de l’embaràs se’ls doni informació i se’ls respongui als dubtes que puguin tenir. Durant l’embaràs, el ginecòleg o el pediatra haurien d’explicar a les famílies la importància de la LM i els seus beneficis als progenitors. D’aquesta manera podran decidir com volen alimentar el seu fill amb temps i convenciment. Durant el part i el postpart és important el contacte immediat entre el nadó i la mare i s’aconsella aquest contacte fins a la primera lactància del nadó. Durant els primers dies de vida els professionals hauran de fomentar que es doni el pit freqüentment, entre 8 i 12 vegades al dia depenent de les vagades que el nadó mostri símptomes de tenir gana. No es aconsellable oferir al nen cap tipus de líquid (ni aigua) que no sigui llet materna i s’han d’evitar els xumets, ja que dificulten la instauració de la LM. També és important que el nadó passi totes les hores possibles al dia amb la seva mare. Abans de sortir de l’hospital el pediatra ha de comprovar que el nadó succioni correctament i que les mares sàpiguen les tècniques adequades per alletar el seu fill. En les revisions pediàtriques dels següents mesos de vida, és imprescindible que tan el pediatra com la infermera s’interessin pel bon funcionament de la LM i estiguin accessibles per a poder resoldre dubtes de les mares(35). (22)

### **3.8 GRUPS SUPORT LACTÀNCIA**

Els grups de suport a la LM han nascut gràcies a la iniciativa de nombroses mares que són conscients que donar el pit requereix un aprenentatge, que no sempre resulta fàcil, i



que moltes vegades, necessiten el suport d’altres mares amb experiència per poder alletar els seus nadons amb èxit. Aquests grups són d’ajuda mútua i funcionen com a punts de trobada i d’informació i també hi poden trobar recursos i serveis necessaris per a solucionar els seus dubtes i problemes. Solen estar coordinats per assessores de lactància i mares experimentades que han alletat durant temps els seus fills (36). Aquests grups complementen l’assistència que ofereixen els serveis de salut i solen complir tots els aspectes de l’al·letament.

En aquestes sessions, embarassades, mares, pares, nadons, familiars i amics troben un espai on es parla d’al·letament, es comparteixen experiències, alegries i dificultats, i s’intenten solucionar tots els dubtes, i tot això dins un ambient acollidor. També ofereixen reunions informatives, atenció personalitzada, telèfon d’urgències, material de consulta imprès, vídeos i organització d’iniciatives de sensibilització social.

A nivell nacional trobem la Federació Espanyola de Associacions Pro Lactància Materna (Fedalma) que està formada per entitats de tot l’estat. S’encarrega de la coordinació de diferents entitats en projectes comuns, coordinació de la Setmana Mundial pro Lactància Materna, organització de congressos anuals que serveixin com a punts de trobada associativa i també com a espais de formació i desenvolupament. Actua com a representació davant entitats i organismes a nivell nacional i internacional. (36)

A nivell de Catalunya trobem l’Associació Catalana Pro Lactància Materna (ACPAM) que realitza cursos, edita llibres, vídeos, fullets, cartells...però no és un grup de suport i no atén consultes. Per una altra banda trobem la Federació Catalana de Grups de Suport a la Lactància Materna que està formada per diferents associacions que ofereixen suport a l’al·letament matern. Entre les activitats que realitza destaquem: promoció i facilitació en la creació de nous grups de suport a Catalunya, organitza cursos i tallers de formació específica, dona a conèixer la tasca que duen a terme els diferents grups i associacions, treballa com a centre de recursos i coordinació de tots els grups de suport. (36)

Dins del territori català trobem diferents grups de suport repartits per tot el territori.

A la província de Barcelona hi ha un gran nombre de grups: Acaronar (Terrassa), Ai Mare (Vilanova i la Geltrú), Alba Lactància Materna (Barcelona), Alleta’m (Vacarisses), Alleta (Moianés), Alletem (Sant Feliu de Llobregat), Areola (Sant Climent





de Llobregat) , Associació Mamas (Sabadell), Do de Mare (Terrassa), Elna Casa de Mares (Navàs), Gamma grup d’ajuda mútua de mares alletants (Sant Sadurní d’Anoia), Grup Ona (Pineda de Mar), LleTeta (Sant Celoni), Macas (Castelldefels), Mamimamo (Cerdanyola), Mar de Llet (Ripollet), Mares d’Orient (Granollers), Mares de Llet (Vic), Nodrir (Manresa), Pit Nature (Santa Margarida i els monjos) i Grup de Suport (Sant Joan d’Espí). (36)

A Girona: Associació dona dona (Figueres), Calma (Anglès), Calma (Blanes), Calma (Tossa) i Mames Braves (Sant Feliu de Guíxols). (36)

A Tarragona: Alletar i Criar (Valls), Do de Pit (Tarragona) i Mametes (Arboç). (36)

A la província de Lleida és on trobem menys grups de Suport: Alleta (Lleida) i Urgellet (Bellpuig). (36)

### **3.9 LEGISLACIÓ LABORAL EN L’EMBARÀS I L’ALLETAMENT**

En la legislació espanyola trobem diferents articles referents a les baixes laborals per maternitat/paternitat i per tal de poder mantenir la LM del nadó.

En la llei Orgànica per la Igualtat efectiva d’homes i dones hi trobem referències sobre el tema:

- Article 8: “Discriminació per embaràs o maternitat”

Constitueix discriminació directa per raó de sexe qualsevol tracte desfavorable a les dones relacionat amb l’embaràs o la maternitat. (37)

- Article 44: “Els drets de conciliació de la vida personal, familiar i laboral.

1.Els drets de conciliació de la vida personal, familiar i laboral es reconeixeran als treballadors i les treballadores en la manera que fomentin l’assoliment equilibrat de les responsabilitats familiars, evitant tota discriminació basada en el seu exercici.



2.El permís i la prestació per maternitat es concediran en els termes previstos en la normativa laboral i de Seguretat Social.

3.Per contribuir a un repartiment més equilibrat de les responsabilitats familiars, es reconeix als pares el dret a un permís i una prestació per paternitat en els termes previstos de la normativa laboral i de la Seguretat Social. (37)

En l'Estatut dels treballadors del 2007 (38) hi trobem referència a la suspensió del contracte de treball i al permís per maternitat:

- Article 37.4: Referent al descans setmanal, festes i permisos. En cas de naixement d'un fill, adopció o acolliment d'acord amb l'article 45.1d d'aquesta Llei, per a la lactància del menor fins que aquest compleixi nou mesos, els treballadors tindran dret a una hora d'absència a la feina, que podran dividir en dues fraccions. La duració del permís s'incrementarà proporcionalment en els casos de part, adopció o acolliment múltiples. (38)

Qui exerceixi aquest dret, per voluntat pròpia, podrà substituir-lo per una reducció de la seva jornada en mitja hora amb la mateixa finalitat o acumular-lo amb jornades completes en els terminis previstos en la negociació col·lectiva o en l'acord al que s'arribi amb l'empresari respectant, en tot cas, l'establert en ella. (38)

Aquest permís constitueix un dret individual dels treballadors, homes o dones, però només podrà ser exercit per un dels progenitors en cas que ambdós treballin. (38)

4 bis: En els casos de naixements de fills prematurs o que, per qualsevol causa, hagin d'estar hospitalitzats a continuació del part, la mare o el pare tindran dret a absentar-se de la feina durant una hora. També tindran dret a reduir la seva jornada laboral fins un màxim de dues hores, amb la disminució proporcional del salari... (38)

- Articles 45.1: El contracte de treball podrà suspendre's per les següents causes: maternitat, paternitat, risc durant l'embaràs, risc durant la lactància natural d'un



menor d'un menor de nou mesos y adopció o acolliment, tant preadoptiu com permanent o simple, de conformitat amb el Codi Civil o les lleis civils de les Comunitats Autònomes que ho regulin... (38)

- Article 46.3: Els treballadors tindran dret a un període de excedència de duració no superior a tres anys per atendre la cura de cada fill, tan si es per naturalesa, com per adopció, o d'acolliment, a contar des de la data de naixement o, en el seu cas, de la resolució judicial o administrativa... (38)
- Article 48.4: En el suposat part, la suspensió tindrà una duració de setze setmanes ininterrompudes, ampliables en el suposat part múltiple en dues setmanes més per a cada fill a partir del segon. El període de suspensió es distribuirà a opció de la interessada sempre que sis setmanes siguin immediatament posteriors al part. En cas de mort de la mare, amb independència de que aquesta realitze alguna feina o no, l'altre progenitor podrà fer us de la totalitat o, de la part que resti del període de suspensió, computat des de la data del part, i sense que es descompti del mateix la part que la mare hagués pogut gaudir amb anterioritat al part. En la suposada mort del nadó, el període de suspensió no es veurà reduït, excloent que, una vegada finalitzades les sis setmanes de descans obligatori, la mare sol·licités la reincorporació al seu lloc de treball...(38)

...En els casos de part prematurs i en aquells que, per qualsevol altra causa, el nounat hagi d'estar hospitalitzat a continuació del part, el període de suspensió podrà comptar-se a partir de l'alta hospitalària...

- Article 55.5: De protecció davant de l'acomiadament. Serà nul l'acomiadament en els supòsits següents: a)El dels treballadors durant el període de suspensió del contracte de treball per maternitat, risc durant l'embaràs, risc durant la lactància natural, malalties causades per l'embaràs, part o lactància natural, adopció o acolliment o paternitat al que es refereix la lletra d) de l'apartat 1 de l'article 45...(38)
- b)El de les treballadores embarassades, des de la data d'inici de l'embaràs fins al principi del període de suspensió al qual es refereix la lletra a)...



c)El dels treballadors després d’haver-se reintegrat a la feina al finalitzar els períodes de suspensió del contracte per maternitat, adopció o acolliment o paternitat, sempre que no hagin passat més de nou mesos des de la data de naixement, adopció o acolliment del fill. (38)

En l’Estatut Bàsic del Treballador Públic també hi trobem referència als permisos post part:

- Article 49: Permís per motius de conciliació de la vida personal, familiar i laboral i per raó de la violència de gènere.

Tindrà una duració de setze setmanes ininterrompudes. S’ampliarà dos setmanes més en cas que hi hagi discapacitat del nen i per cada fill a partir del segon (en parts múltiples)...(37)

Llei General de la Seguretat Social amb modificació l’any 2009:

- Article 13 sexies: Seran beneficiaries del subsidi per maternitat previst en aquesta Secció les treballadores per compte aliè que, en cas de part, reuneixen tots els requisits establerts per la prestació per maternitat regulada en la Secció anterior, excepte el període mínim de cotització establert en l’article 133 ter. (39)
- Article 133 septies: La quantitat de prestació serà igual al cent per cent del indicador públic de renda de efectes múltiples (IPREM) vigent en cada moment, excepte que la base reguladora calculada d’acord amb l’article 133 quàrter o a la disposició addicional setena fos una quantitat inferior... (39)

Pel que fa a risc durant l’embaràs i risc durant la lactància, trobem a la Llei de Prevenció de Riscos Laborals:

- Article 48.5: En el cas de risc durant l’embaràs o de risc durant la lactància natural, en els termes previstos en l’article 26 de la Llei 31/1995, del 8 de novembre, de Prevenció de Riscos Laborals, la suspensió del contracte finalitzarà



el dia en que s’iniciï la suspensió del contracte per maternitat biològica o el lactant compleixi nou mesos, respectivament, o, en ambdós casos, quan desapareixi la impossibilitat de la treballadors de reincorporar-se al seu lloc de treball anterior o a un altre compatible al seu estat. (37)

- Article 26.1: estableix que en cas que el resultat de l’avaluació de riscos laborals en la treballadora en situació d’embaràs dones cert risc per a la seguretat i la salut o una possible repercussió sobre l’embaràs o la lactància, l’empresari adoptarà les mesures necessàries per evitar l’exposició a aquest risc, a través d’una adaptació de les condicions o del temps de feina de la treballadora afectada. Aquestes mesures inclouran, quan sigui necessari, la no realització de treball nocturn o de treball a torns. (37)

Pel que fa a la seguretat i la salut de la dona embarassada o lactant a més a més de la Llei de Protecció de Riscos Laborals, també s’ha de tenir en compte el Conveni sobre la protecció de la maternitat realitzat per l’Organització Mundial del Treball on trobem mesures de seguretat i una llista no exhaustiva d’agents, procediments i condicions de treball que han de ser avaluats.



## 4. OBJECTIUS

### 4.1 Objectiu principal:

-Reducir en un 20% la taxa d’abandonament de la LM als 3 mesos de vida del nadó en 2 anys.

### 4.2 Objectius específics:

-Donar suport a les famílies que donen LM als seus fills/filles, resolent-los dubtes i problemes.

-Implicar a tota la família en el suport a la mare que alleta.

-Donar eines a la mare i al pare per tal que pugui combinar LM i món laboral.



## 5. METODOLOGIA

### 5.1 Població diana:

-Mares i pares amb nadons de 0 a 6 mesos que hagin escollit la LM com a alimentació del seu fill.

### 5.2 Professionals als que va dirigit:

En sanitat és molt important que hi hagi bona comunicació entre els diferents professionals per tal d'oferir la millor atenció als usuaris. Per a aquest motiu per a la creació i la realització del programa serà necessària la col·laboració d'un equip interdisciplinari dins l'ABS:

- Pediatre (suport a les mares i nadons)
- Llevadora (suport a les mares i nadons)
- Infermeres de pediatria (per a la realització de les xerrades i suport a les mares i nadons)
- Personal administració (per a gestionar la demanda de les usuàries al programa)
- Voluntaris de les associacions d'alletament matern (per a venir en una de les sessions a explicar la seva tasca)

### 5.3 Criteris d'inclusió:

-Mares i familiars amb nadons entre 0 i 6 mesos que acudeixin a visites pediàtriques als Centres d'Atenció Primària de la província de Lleida.



Com a programa d’ajuda a la LM, no es limita l’edat del nadó a sis mesos, sinó que, en cas que una mare amb un nadó més gran vulgui participar també ho pot fer.

## **5.4 Metodologia de cerca:**

Per tal de trobar tota la informació necessària per a realitzar tan la intervenció com el marc teòric d’aquest treball, s’han consultat diferents bases de dades com ara Google Scholar, Cuiden, PubMed...on s’han trobat articles publicats i amb informació contrastada.

Les paraules clau utilitzades en la cerca van ser: Lactància materna, alletament, abandonament, beneficis...com que aquest tema està molt explotat, hi ha molta bibliografia de cercs, per això s’ha intentat seleccionar la informació més adient per al treball.

Pel que fa als criteris d’inclusió dels articles, la majoria s’ha intentat que fossin de com a màxim deu anys d’antiguitat, però en cas que algun escrit anteriorment tingués informació interessant i s’ha cregut necessari, també s’ha utilitzat. La majoria d’articles són des de l’any 2004 fins l’actualitat i les bases de dades d’on he pogut extreure més informació han estat Scielo i Google Scholar.

També s’ha obtingut informació de diferents llibres relacionats amb el tema i altres suports visuals, com vídeos i imatges.

## **5.5 Síntesi de l’evidència trobada**

En el marc teòric podem comprovar que tot i que la LM aporta molts beneficis tan a la mare, com al nadó i a la família i la societat en general, actualment, per diferents motius a partir dels 3 mesos de vida del nadó, coincidint amb la reincorporació de la mare a la feina i el poc suport del seu entorn, s’abandona prematurament l’al·letament.





A més a més, moltes maternitats no compleixen els passos de la OMS per una lactància adequada i pocs hospitals tenen el títol d'Hospital Amic dels Nens. Les polítiques laborals, tampoc faciliten a les mares la combinació de lactància i la feina remunerada.

Un dels altres problemes que tenen les mares a l'hora de reincorporar-se al món laboral és la falta de suport del seu entorn i la falta de participació del pare en la lactància.

Per aquests motius, els professionals sanitaris haurien de donar suport a les mares alletants i donar-los eines per tal de poder mantenir la LM almenys fins als sis mesos d'edat del nadó i més si elles ho desitgen.

## 5.6 Anàlisi de la intervenció (DAFO)

ANÀLISI INTERN	ANÀLISI EXTERN
<b>FORTALESES:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>-Programa ofert des del sistema públic de salut.</li><li>-Educació sanitària per part de professionals de la salut.</li><li>-Les sessions es fan un cop cada 15 dies per facilitar als pares/mares l'organització familiar.</li><li>-Si es el centre de referència de pediatria del nadó els usuaris ja coneixen tan el lloc com els professionals, fet que els dona més confiança.</li></ul>	<b>OPORTUNITATS:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>-La situació del centre d'atenció primària sol ser proper al domicili dels usuaris.</li></ul>
<b>DEBILITATS:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>-No pot adaptar-se als horaris de totes les famílies.</li><li>-Hi ha usuaris que s'haurien de desplaçar ja que no hi ha CAPs als pobles petits.</li></ul>	<b>AMENACES:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>-A les ciutats on hi ha grups de suport a la lactància les mares pot suposar competència.</li></ul>



## 5.7 Elecció nom i logotip del programa

El nom del programa pretén unir l’instint maternal que hi ha entre mares i fills amb la lactància materna, com a símbol que no hi ha res millor per alimentar un nadó que la llet de la pròpia mare. I amb el fet que s’expressi des del punt de vista del nen, fa que es doni importància als beneficis que te la LM per als nadons i a l’instint de buscar el mugró de la mare per alimentar-se (com si ho demanés).

En el logotip apareix una mare alletant el seu nadó i els seus braços fan una forma de cor simbolitzant l’amor que els uneix en el moment.





## 6. INTERVENCIÓ: Sessions “Alleta’m mama”

En el marc teòric hem pogut comprovar que tot i els nombrosos beneficis de la LM tan per al nadó com per a la mare i el seu entorn, quan la dona ha de reincorporar-se al món laboral la prevalença de nadons alletats disminueix. Per aquest motiu, crec que seria necessari que s’implantés un programa de suport a la LM per part de l’Atenció Primària de Salut Pública, de manera que es convertís en un protocol d’actuació com ho és el Programa del Nen Sà.

Per això aquest projecte proposa introduir dins els programes vigents a l’àrea bàsica el programa “Alleta’m mama” que va destinat a mares alletants (especialment amb nadons de 3 a 6 mesos) i té com a objectiu principal, mantenir la lactància materna exclusiva fins als 6 mesos o més de vida del noutat.

El programa inclou sessions temàtiques on es parlaran de temes relacionats amb la LM com poden ser: les posicions correctes per alletar, complicacions que poden sorgir, congelació de la llet materna...

Per a que el programa no suposi un gran cost addicional al sistema públic de salut, les sessions es realitzaran dins l’horari laboral d’infermeria i durant aquella hora es tancarà la consulta de la infermera que realitzi la sessió.

Les sessions es realitzaran cada quinze dies. Es faran 6 sessions temàtiques i es deixaran dues més sense planificar per si les mares necessiten o demanen informació sobre algun tema en concret. Les sessions es realitzaran el dia i l’hora que es decideixi en la direcció de cada CAP segons l’horari d’infermeria.

A més a més, en les sessions, es facilitarà el telèfon de la consulta d’infermeria per si alguna mare té un problema i se li intentarà solucionar el més ràpid possible. En cas que el problema no es pugui resoldre en l’atenció primària es derivarà la mare al servei que es cregui convenient. Així doncs, aquest programa també vol aconseguir que les mares tinguin suport dels professionals en el seu període d’alletament.



A continuació s’esquematitza cada una de les sessions:

➤ **1a sessió**

Presentació del programa “Alleta’m mama”

**Lloc de la reunió:** Sala adient on fer la intervenció dins el CAP de referència. Ha de ser un espai amb capacitat suficient, acollidor i amb una temperatura adient.

**Recursos humans:** Dues infermeres de l’àrea de pediatria, pediatre, matrona.

**Recursos materials:** Cadires per a les assistents, joguines per nadons de 0 a 6 mesos, coixins d’alletament, ordinador, projector, estores per estirar els nadons, paper imprès amb els punts claus de la sessió, data i hora de la propera reunió i telèfon de la consulta de la matrona i infermeria.

**Contingut de la sessió:** Presentació del programa “Alleta’m mama”, enumeració dels temes que es parlaran a les sessions.

El primer dia es realitzarà la presa de contacte entre l’equip i les mares assistents a la sessió. Per tal d’amenitzar la sessió inicial se’ls donaran a les mares tècniques per a poder realitzar massatges als nadons.

Amb el massatge infantil aconseguim millorar el lligam entre pares i nadons, augmenta la sensació de seguretat en el nen, ajuda a la maduració del sistema neurològic del petit, afavoreixen la digestió del nadó, fomenta el descans i el son, millora contractures, millora la circulació venosa, enforteix el sistema immunitari, ajuda a drenar secrecions a nivell respiratori i ajuda a eliminar toxines.

En el massatge infantil es combinen les carícies amb moviments de tracció, fricció, amassament i percussió. És bo començar el massatge pel tòrax i continuar per braços, abdomen, cames i finalment cara.



➤ **2a sessió**

Postures correctes i comprovació de bona lactància del nadó

**Lloc de reunió:** Sala adient on fer la intervenció dins el CAP de referència.

Ha de ser un espai amb capacitat suficient, acollidor i amb una temperatura adient.

**Recursos humans:** Infermera de pediatria.

**Recursos materials:** Coixins de lactància, cadires, ordinador, projector, joguines per a nens de 0 a 6 mesos, paper imprès amb els punts clau de la sessió, data i hora de la propera sessió i telèfons de consulta.

**Contingut de la sessió:** A l’hora d’al·letar el nadó, podem triar entre diverses posicions per tal de poder estar còmodes tan les mares com els nadons. Hi ha moltes combinacions posició mare-nadó que poden funcionar de manera eficaç:

Mare asseguda – nadó estirat: És la posició més comú. La mare està asseguda de la manera més confortable possible i el nadó als seus braços estirat i recolzant el cap sobre el seu braç. Els peus del nadó poden anar en direcció a l’altre pit o cap al costat oposat. (16) (26)



Imatge de Ricard Ferrándiz publicada per Fundació Alba



Mare asseguda- nadó en posició de cavallet: no és una posició molt freqüent, però en nens amb problemes de maxil·lar inferior curt resulta una posició facilitadora. (16)



Imatge de Ricard Ferrándiz publicada per Fundació Alba

Mare estirada- nadó estirat (en paral·lel): És una bona opció per alletar en mares que encara tenen molèsties post part (com episiotomies o cesàries) i per alletar a les nits quan la mare necessita descansar. (16) (26)



Imatge de Ricard Ferrándiz publicada per Fundació Alba



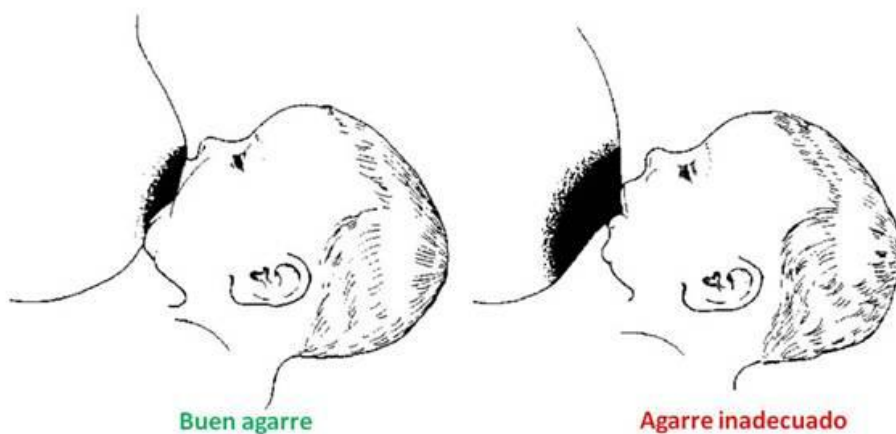
Una variant d’aquesta posició és la mateixa però amb el nadó en la posició inversa.



Imatge de Ricard Ferrándiz publicada per Fundació Alba

Mare a gates- nadó panxa amunt: Aquesta posició és poc comú, però és útil en cas de mares amb obstrucció o mastitis localitzada a la part superior del pit, ja que aquesta posició ajuda a drenar aquests conductes. (16) (26)

Per comprovar que el nadó està en una bona posició i si succiona correctament haurem d’observar que: el cap i el cos del nadó estan alineats, la cara del nadó mira cap al pit, la mare manté el cos del nen proper al seu, que la boca del nadó estigui ben oberta, que amb la boca no agafi només el mugró, sinó que també agafi part de l’arèola mamària, moviment en l’articulació de la mandíbula... (6) (16)







Són signes d’una mala posició: les galtes del nadó enfonsades, succió ràpida i sorollosa, dolor i clivelles als pits, que no deixi el pit ell sol, ingurgitació, vòmits, escàs augment de pes, tomes freqüents i perllongades. (16)

La LM és un procés actiu per part dels seus dos protagonistes. Hem de tenir en compte que la posició del nadó al pit és una de les claus de l’èxit de la lactància. L’alternança de diferents posicions facilita el correcte drenatge de tots els conductes mamaris i preveu l’aparició d’obstruccions i mastitis.

En cas que les mares tinguin dificultats en la lactància que no es puguin solucionar amb la informació de la sessió, se li facilitarà el telèfon del CAP de la matrona, i en cas que ho cregui necessari, podrà demanar hora per a la consulta.

### ➤ **3a sessió**

Com solucionar certes dificultats?

**Lloc de reunió**: Sala adient on fer la intervenció dins el CAP de referència.

Ha de ser un espai amb capacitat suficient, acollidor i amb una temperatura adient.

**Recursos humans**: Infermera pediatria.

**Recursos materials**: Cadires, jocs per a nens de 0 a 6 mesos, coixins de lactància, ordinador, projector, paper imprès amb els punts clau de la sessió, data i hora propera reunió i telèfons de contacte de les consultes.

**Contingut**: Durant la lactància poden sorgir diferents problemes o complicacions que si no tenim eines per a solucionar-los el més ràpid possible, poden provocar l’abandonament prematur de la LM. Per aquest motiu intentarem donar eines per a poder solucionar aquests incidents:

Dolor i Clivelles: L’acte d’alletar no hauria de fer mal ni provocar cap tipus de ferida, però, en molts casos, quan es produeixen aquests fets són deguts a una mala posició en o que el nen només agafa el mugró quan succiona. (16)





Una bona manera d’evitar les clivelles, és que quan alletem, el nen vagi al mugró i no forcem el pit a fer posicions forçades. També ajuda una succió asimètrica, és a dir, que el nadó agafi més arèola de la part inferior del mugró que de la part superior. (16)

Dolor causat per infecció: Si hi ha presència de dolor tot i haver corregit la posició, és possible que hi hagi una infecció. També pot ser que el nen hagi de fer més força per a succionar la llet o que la refusi, ja la infecció sol produir sodi i això canvia el gust de la llet. (16)

Quan això passa es recomana extreure una mostra de llet per analitzar i anar al metge de capçalera, si es necessari de manera urgent, per a solucionar el problema el més ràpid possible. En el cas que s’hagi d’aplicar crema antibiòtica la utilització d’airejadors ajuda a que la crema estigui més temps en contacte amb la pell. En cas que el dolor faci impossible la lactància, podem extreure la llet i donar-la al nadó, intentant evitar els biberons.

Obstruccions, mastitis i abscessos: En l’obstrucció es nota un embalum dur i dolorós en algun punt de la mama. Si aquest es presenta sense envermelliment ni febre no és mastitis, sinó simplement una obstrucció i es pot tractar fàcilment.

Una bona solució passa per aplicar calor abans de les tomes, ja sigui amb una manta elèctrica o un assecador. Després farem un massatge a la zona afectada, amb les mans o amb l’ajuda d’un raspall de nadó o de dents suau, de manera circular i en direcció al mugró. Quan ens posem el nen al pit haurem d’intentar que la seva barbeta estigui en la direcció de la obstrucció, ja que la zona millor drenada a l’hora de succionar és la part inferior de la boca del nadó. (16)

En el cas que fos una mastitis, a més a més de seguir les pautes de l’obstrucció, també s’hauria d’anar al metge, ja que seria necessari introduir antibiòtic per a eliminar la infecció.

Quan aquesta mastitis, tot i que els símptomes vagin disminuint, no es cura bé, queda un abscess que és molt dolorós. La manera més efectiva de curar-lo és drenar-lo al quiròfan amb anestèsia local.



Síndrome de Raynaud: El distingim de les altres afeccions perquè podem observar que el mugró canvia de color (blanc després de l'alletament, després es torna de color morat i finalment rosat), empitjora amb el fred i amb l'estrès. (16)

En aquests casos s'aconsella aplicar calor local abans i després de cada toma i evitar la cafeïna i la teïna. En casos complicats s'ha de demanar cita per a la consulta mèdica i se sol receptar vasodilatadors per a evitar aquest síndrome.

#### ➤ 4a sessió

Conservació llet materna

**Lloc de reunió:** Sala adient on fer la intervenció dins el CAP de referència.

Ha de ser un espai amb capacitat suficient, acollidor i amb una temperatura adient.

**Recursos humans:** Infermeres pediàtriques del CAP.

**Recursos materials:** Cadires, espai de jocs per a nadons, ordinador, projector, coixí de lactància, paper imprès amb els punts clau de la sessió, data i hora de la propera reunió i telèfons de contacte de les consultes.

**Contingut:** Un dels principals motius pel qual s'ha d'emmagatzemar la llet és la separació temporal entre la mare i el nadó (sobretot en la reincorporació de la mare al món laboral).

Per a la correcta conservació de la llet, primerament l'extracció és important, ja sigui amb tirallets manual o elèctric. També es pot realitzar amb la tècnica manual.

La llet materna es conserva fins a 10 hores a temperatura ambient, 48 hores a la nevera i fins a 6 mesos al congelador. (6)

Hem de tenir en compte diversos aspectes, com ara que: s'ha d'emmagatzemar la llet en petites quantitats (la quantitat de cada toma del nadó) en recipients hermètics de plàstic, hem d'etiquetar bé la llet amb el dia d'extracció i hora, es



recomana treure-la 30 minuts abans de la toma i escalfar-la al bany maria poc a poc, un cop descongelada la llet no es pot tornar a utilitzar. (16) (40)

El biberó pot interferir en la llet materna, per aquest motiu es desaconsella el seu us mentre es mantingui la lactància. Com a alternatives, en els prematurs s'utilitza una sonda nasogàstrica fins que poden empassar correctament. I en nadons més grans podem utilitzar xeringues, cullera, un vas i els comptagotes i d'aquesta manera alimentem al nadó amb llet de la mare sense dificultar la lactància al pit. (16) (40)

### ➤ **5a sessió**

Com compaginar feina i lactància.

**Lloc de reunió:** Sala adient on fer la intervenció dins el CAP de referència.

Ha de ser un espai amb capacitat suficient, acollidor i amb una temperatura adient.

**Recursos humans:** Infermera de pediatria del CAP.

**Recursos materials:** Cadires, ordinador, projector, espai de joc per a nadons, coixí lactància, paper imprès amb els punts clau de la sessió, data i hora de la propera reunió i telèfons de contacte.

**Contingut:** Actualment, hi ha molt poques ocasions en que la lactància i la feina siguin incompatibles. Només algunes feines en les quals la mare ha de mantenir-se separada del nadó durant llargs períodes de temps es fa difícil la LM. Però qualsevol mare que després de la jornada laboral torni a casa seva, si vol, pot continuar alletant al seu fill.

Es segueix tenint la idea que lactància al pit i feina remunerada són incompatibles, però en un estudi realitzat a Espanya l'any 2000, posa en evidència que quan les mares rebien informació sobre estratègies per al manteniment de la LM, el percentatge d'abandonament d'aquesta en la reincorporació al treball era insignificant.



La mare que decideix seguir alletant, necessita informació per a saber com fer-ho, confiança i sobretot suport del seu entorn.

Pel que fa a la cura del nadó, si la mare no pot ser la cuidadora degut a la feina, seria el pare o un familiar proper (avis, tiets) el cuidador indicat per al nadó. En cas que la família no el pugués cuidar per diferents motius, la millor opció seria una cangur de confiança. La guarderia en nens menors d'un any seria l'última opció a tenir en compte, ja que en cas que la cuidadora tingui més de tres nens al seu càrrec, ja dificulta que li prestin l'atenció personalitzada necessària.

En cas que la mare treballi a prop del domicili o del domicili de la persona cuidadora del nadó, es possible seguir amb la lactància directa en cas que la persona cuidadora porti al nadó a la feina de la mare o la mare utilitzi la seva hora de lactància (o mitja hora i mitja hora) per alletar el nen al domicili, a la guarderia o en el lloc que li vagi millor.

En cas que la lactància directa sigui inviable perquè la mare treballi lluny del domicili i de la persona cuidadora, es pot extreure la llet i emmagatzemar-la de manera que la persona cuidadora del nadó o el personal de guarderia puguin donar-li la llet materna. El que s'haurà d'evitar per tal de no dificultar la lactància al pit és la utilització del biberó i els xumets. (16)

En el cas d'haver de donar la llet emmagatzemada al nadó, és millor que la llet sigui fresca i no congelada, és a dir, que la llet que la mare es treu dilluns serveixi per al nen el dimarts. La mare pot extreure la llet durant l'hora de permís de lactància o quan li vagi bé i emmagatzemar-la en els recipients adequats i posar-ho en una nevera. (16)

La quantitat de llet que haurà de deixar la mare per al nadó, si calculem que al finalitzar la baixa per maternitat el nadó tindrà 4 mesos, sol ser entre 50 i 150 cc de llet. Aquestes poden estar emmagatzemades de 50 en 50, ja que d'aquesta manera si el nadó només pren 50 no caldrà escalfar els 50 següents i la llet seguirà estant ben conservada i servirà per a la següent toma. (16)

En cas que la pròpia mare vulgui estar amb el seu fill, també hi ha les opcions de demanar les vacances seguidament del permís de maternitat, excedències o



reduccions de jornada, però aquests permisos depenen de la situació econòmica de la família i la decisió de la mare.

Amb aquestes estratègies d’ajuda i l’organització de la mare i la persona que cuida el nadó, és possible seguir amb la lactància de manera eficaç i satisfactòria tan per al nadó com per a la mare.

#### ➤ **6a sessió**

Informació sobre grups de suport a la lactància.

**Lloc de reunió:** Sala adient on fer la intervenció dins el CAP de referència.

Ha de ser un espai amb capacitat suficient, acollidor i amb una temperatura adient.

**Recursos humans:** Infermera pediàtrica i invitada una referent de lactància d’alguna associació propera al CAP.

**Recursos materials:** Cadires, espai jocs per a nadons, ordinador, projector, material d’exemple, coixins alletament, paper imprès amb punts clau de la sessió, data i hora propera reunió i telèfons de contacte de les consultes i dels grups de suport a la lactància.

**Contingut:** En aquesta sessió invitaríem a una referent de lactància d’un grup de suport a l’alletament i demanaríem que expliqués el funcionament dels grups de suport i a més a més reforcés amb casos reals els temes tocats en les diferents sessions. D’aquesta manera les mares poden veure a través de casos reals, que altres mares també han tingut problemes i la manera de superar-los.

#### ➤ **7a i 8a sessió:**

Contingut a demanda.

**Lloc de reunió:** Sala adient on fer la intervenció dins el CAP de referència.

Ha de ser un espai amb capacitat suficient, acollidor i amb una temperatura adient.



**Recursos humans:** Infermera pediàtrica del CAP de referència.

**Recursos materials:** Cadires, estores, jocs per a nadons, projector, ordinador, coixins d’alletament, paper imprès amb data i hora propera reunió i telèfons de contacte.

En la 8a sessió es farà un esmorzar, berenar...(depenent de l’hora de reunió de cada centre), per donar cloenda a les sessions i fer més cohesió de grup.

**Contingut:** A demanda de les assistents, però en cas que no hi hagi cap dubte ni demanda d’informació concreta es tindrà preparat un resum dels punts clau de les anteriors sessions.



## 7. CONSIDERACIONS ÈTIQUES

En el programa “Alleta’m mama” es tindrà en compte el codi deontològic d’infermeria.

Un dels valors fonamentals en infermeria és el respecte a la vida, a la dignitat dels éssers humans i als seus drets sense distinció de cap tipus.

Per tal de poder utilitzar les dades de les enquestes en cas de voler fer un estudi, es donarà a les mares un consentiment informat per a l'autorització de l' utilització de dades. Les dades utilitzades sempre seran anònimes.

Es compliran els principis ètics, sobretot els principals: beneficència, no maleficència, autonomia i justícia. De manera que en el programa d'alletament es fomenti l'aprenentatge de les mares, de manera que elles tinguin recursos per a poder solucionar problemes i en cas que no sigui possible poder-lo solucionar ràpidament amb l'ajuda dels professionals.

Pel que fa a la confidencialitat de la història clínica i les dades obtingudes en el programa serà estricta, tot el que les mares ens diguin en privat quedarà en privat. El que diguin en les sessions serà per voluntat pròpia i per a compartir experiències amb les altres mares.

En cas que alguna de les mares tingui algun problema que no sigui competència de la infermera, se li comentarà a la mare i se la derivarà al professional corresponent, la confidencialitat també serà respectada.

També es tindran en compte els drets dels pacients i es respectaran, com són el dret de les mares a escollir lliurement si acudir a les sessions o no, el dret de rebre un tracte digne, dret a la confidencialitat...



## 8. EVALUACIÓ DE LA INTERVENCIÓ

Per tal de conèixer si s’han complert els objectius marcats en el projecte i el nivell de satisfacció de les usuàries assistents a les sessions del programa “Alleta’m mama”, es realitzaran avaluacions tan quantitatives com qualitatives.

En l’avaluació de la situació inicial quantitativa, utilitzarem les dades introduïdes en les revisions pediàtriques en el programa e-CAP, de manera que sabrem quantes de les mares participants donen pit al seus fills i si han tingut algun problema en l’alletament. De la mateixa manera, després de la realització de les sessions, tornarem a buscar dades en el mateix programa i podrem comprovar si les mares segueixen amb la LM o si s’ha reduït el nombre de mares alletants.

Pel que fa a la avaluació qualitativa de les sessions es passarà una enquesta (annex 13.3) a les mares al principi i al final del programa “Alleta’m mama”. (41) La recopilació d’aquestes dades ens ajudarà a saber l’acceptació del programa i poder-ne estudiar els resultats.





## 9. DISCUSSIÓ

Extreure algun tipus de resultat sobre un projecte que no s’ha dut a terme és molt complicat, però com hem pogut veure, el suport en les mares (tan per part de familiars com de professionals) és fonamental per a l’adherència a la lactància. Amb el suport, a més a més d’ajudar a la mare, també augmentem la seva confiança i per tan reforcem la seva voluntat de voler donar el pit al seu fill.

En l’enquesta Nacional de lactància, podem comprovar que entre les tres primeres raons per a iniciar la lactància mixta hi ha en primer lloc l’ incorporació a la feina i en tercer lloc el desig que la parella també participi en la lactància.

En un estudi realitzat a La Habana el 1997 sobre l’abandonament de la LM, podem veure en els resultats que en les mares que rebien suport familiar van abandonar prematurament la lactància en un 31,2%, mentre que en les mares que no tenien suport ho van fer un 60,4%.

L’any 2011 en un estudi realitzat en una unitat de Salut Familiar a Mèxic, es demostrava que l’abandonament de la lactància en les mares que no rebien suport ni de la parella ni de la família era quatre vegades major a les que tenien suport.

La falta d’informació també és una altra causa important d’abandonament precoç de la lactància.

Per aquests motius, crec que els resultats del programa seran satisfactoris, ja que es donen eines per a seguir amb la LM exclusiva i a més a més les sessions estan obertes a familiars, de manera que s’impliquen més en el procés.

A més a més, s’ha tingut en compte que el programa no suposés un cost addicional per al servei de salut pública, ja que totes les hores dedicades al programa es troben dins l’horari de treball dels professionals.



## 10. CONCLUSIONS

Amb el programa “Alleta’m mama” podrem aconseguir que les mares estiguin informades sobre diversos temes relacionats amb la lactància, se’ls donarà suport des d’atenció primària i això farà que se sentin més recolzades per part dels professionals i puguin acudir a ells, en cas de tenir algun problema, amb més facilitat.

Fomentarem la implicació en la lactància de l’entorn familiar de la mare, per tal de mantenir la lactància fins als sis mesos o més de vida del nadó.

Donarem eines per facilitar a la mare la combinació de la lactància amb la reincorporació al món laboral. I fomentarem el suport de la mare tan per part del seu entorn més proper com des dels professionals sanitaris més propers.

Amb el programa també donem importància al rol de la infermeria en el paper de suport a la LM i a les mares que alleten. Reforcem l’educació sanitària a les mares i el seu entorn per tal que tinguin informació suficient per poder actuar i decidir davant de dubtes i problemes relacionats amb la LM.

A nivell personal, el treball sobre el programa “Alleta’m mama” m’ha aportat coneixements sobre la LM. He pogut comprovar que tot i els demostrats beneficis de la LM sense el suport necessari es fa molt difícil mantenir-la durant el temps recomanat per la OMS. Per aquest motiu, crec que una política de suport a la lactància materna ajudaria a les mares a la continuació d’aquesta i amb els suport dels professionals sanitaris, les mares se sentirien més segures en cas de tenir dubtes i problemes.



## 11. BIBLIOGRAFIA

1. Arana, C.; Borja, C.; Bustinduy A. et alt. Cómo realizar un estudio de prevalencia de lactancia materna. Centros de Salud IHAN. 2011.
2. Hernández E. Genealogía Histórica de la Lactancia Materna. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica. 2009;1–6.
3. Barriuso, L.; de Miguel, M.; Sánchez M. Lactancia materna : factor de salud . Recuerdo histórico. An. Sist. Sanit. Navar. 2007;30(3):383–92.
4. Paricio T. Aspectos históricos de la alimentación al seno materno. Comité de Lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría. 2004;
5. Achurra, X.; Alvear, J.; Castillo C. et alt. Lactancia Materna: Contenidos técnicos para profesionales de la salud. 2010.
6. Aguayo, J.; Arena, J.; Landa L. et altr. Lactancia Materna : guía para profesionales. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. 2004.
7. Geijo MJ. Lactancia materna. 2007.
8. Unicef/OMS. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. 1981.
9. Unicef/OMS. Declaración de Innocenti sobre la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna. 1990;
10. OMS. Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. 1998;
11. Unicef/OMS. Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN). 1999;
12. Paracio JM. Protección institucional y legislativa de la lactancia. La iniciativa hospital amigo de los niños (IHAN). 2004;1–12.
13. OMS. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. 2003;
14. Macías, S.; Rodríguez, S.; Ferrer P. Leche materna : composición y factores condicionantes de la lactancia. Arch. Argent. Pediatr. 2006;104(5):423–30.
15. Anònim. Composición y propiedades de la leche materna. 2003.
16. Alba Lactància Materna. Claus per a una lactància materna satisfactòria.



17. Anònim. La leche humana: composición, beneficios y comparación con la leche de vaca. 2001;
18. Calzado, M.; Rodríguez, L.; Vargas, E.; Vistel M. Influencia de la lactancia materna en la salud del niño. Rev. Cuba. Enfermería. 2000;16(2):122–7.
19. León-Cava, N.; Lutter, C.; Ross, J.; Martin L. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna : reseña de la evidencia. 2002;
20. Riverón R. Valor inmunológico de la leche materna. Rev. Cuba. Enfermería. 1995;67(2).
21. Escuriet, R.; Martínez, C.; Torras N. Consells de la llevadora per la mare que vol alletar. Assosiació Catalana de Llevadores. 2010.
22. Delgado, A.; Díaz, M.; Arroyo M. Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. 2006;63.
23. UNICEF. Lactancia materna. 2004;
24. Weimer J. The economic benefits of breastfeeding: Review and analysis. 2001;
25. Ayela RT. Lactancia materna. 2009.
26. García, J.C.; Bolivar, V.; Silva JC. et alt. Pediatría Integral: Programa de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria. 2011;15(4).
27. Sanitat D de. Protocol d’assistència al part i al puerperi i d’atenció al nadó. 2003;
28. Díaz NM. ¿ En qué situaciones está contraindicada la lactancia materna? Acta Pediatr. Esp. 2005;63:321–7.
29. Hernández, M.T.; Aguayo J. La lactancia materna . Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica . Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. 2005;63(4):340–56.
30. Oliver A. El abandono prematuro de la lactancia materna : incidencia , factores de riesgo y estrategias de protección , promoción y apoyo a la lactancia. 2012.
31. Félix, J.A.; Martínez, E.; Sotelo EI. Prevalencia y factores biosociales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. 2011;13(2):47–56.
32. Durán, R.; Villegas, D.; Sobrado, D.; Almanza M. Factores psicosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna. Rev. Cuba. Enfermería. 1999;71(2):72–9.
33. González, I.; Pileta B. Lactancia materna. Rev. Cuba. Enfermería. 2002;18(1):15–22.



34. Prendes, M.; Vivanco, M.; Gulibert W. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos suárez. 1999;15(4):397–402.
35. Renfrew, MJ.; Wade, A.; Quinn B. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies ( Review ). 2012;
36. Anònim. Grups de suport a la lactància materna. 2013;
37. Boletín Oficial del estado (BOE). 2009;1–76.
38. Anónimo. Derechos laborales en situación de embarazo, maternidad y paternidad. C.G.T. Aragón y La Rioja. 2008;
39. Boletín oficial del estado (BOE). 2009;27936–81.
40. ACPAM. Manual práctico de Lactancia Materna. 2001;
41. Díaz M. Iniciativa mundial de Lactancia materna. Encuesta nacional sobre hábitos de lactancia. (Imlm).



## 12. AGRAÏMENTS

Aquest treball ha estat possible gràcies a la col·laboració de moltes persones a les quals m’agradaria agrair la seva aportació i el seu temps.

En primer lloc a la Palmira Rius per tutoritzar aquest treball, per guiar-me quan estava perduda, per facilitar-nos al màxim l’organització de la feina i pel seu temps i la seva paciència en les tutories.

Als meus companys de tutoria Victor, Maria i Joel, que gràcies als seus punts de vista podia solucionar dubtes i comparar opinions.

A la Rosa del Grup de suport a la lactància Alleta de Lleida, pel seu temps i la seva entrega en la feina que realitza voluntàriament amb les mares i pares dels nadons.

A la meua família, amics i parella per la paciència i l’ajuda que m’han brindat perquè pogués tenir temps per a la dedicació al Treball de Final de Grau.



## 13. ANNEXOS

### 13.1 Deu passos cap a una feliç lactància natural.

Tots els serveis de maternitat i atenció als nadons hauran:

1. Disposar de una política per escrit relativa a la lactància natural que sistemàticament es posi en coneixement de tot el personal d’atenció de la salut.
2. Capacitar a tot el personal de salut de forma que estiguin en condicions de posar en pràctica aquesta política.
3. Informar a totes las embarassades dels beneficis que ofereix la lactància natural i la forma de posar-la en pràctica.
4. Ajudar a les mares a iniciar la lactància durant la mitja hora següent al part.
5. Mostrar a les mares com s’ha d’alletar al nan i com mantindre la lactància, igualment si han de separar-se dels seus fills.
6. No donar als nadons, res més que la llet materna, sense cap altre aliment o beguda, a menys que estigui medicament indicat.
7. Facilitar la unió de las mares i els nens durant les 24 hores del dia.
8. Fomentar la lactància natural cada vegada que es sol·liciti.
9. No donar als nadons xumets artificials.
10. Fomentar l’establiment de grups de suport a la lactància natural i procurar que las mares es posin en contacte amb ells al sortir de l’hospital o clínica.



### 13.2 Auca Importància Lactància materna (amb autorització expressa dels autors Palmira Rius i Ermengol.

## AUCA DE MOLTA IMPORTÀNCIA QUE TRACTA DE LA LACTÀNCIA

Des del primer moment, comença l'alletament.

La llet de la mare és la millor, ens podem estalviar la discussió.

Quan s'ha de donar el pit, has d'estar tranquil·la d'esperit.

Dona-li el pit a demanar, ja sabrà fer-ne la comanda.

Els xumets i biberons, en comptades ocasions.

En la postura no has de badar, perquè amb l'esquena no s'hi pot jugar.

Per aconseguir un bon alletament, n'hi ha prou d'alimentar-se normalment.

Un preparat equip t'ajudarà perquè el teu fill pugui fort i sa.

El pare és el millor ajudant, perquè tot continuï endavant.

Invents i recursos ens dona la ciència; tot això facilita la teva independència.

Quan cal donar de menjar, la cullera es pot utilitzar.

Si el nadó està bé i va guanyant pes, fins als 6 mesos no cal pensar en res més.

Segueix el teu ritme de vida. Si et diuen res, envia'ls a dida.

Sàpigues que, si has d'anar a treballar, l'alletament, a dreta llet, es pot combinar.

Escolta de la natura el decret: ofereix el millor al teu filllet.

Autors: Idea i text: **Palmira Rius** (infermera, professora de infermeria comunitària). Il·lustracions: **Ermengol**. Color: **E. Molinas**.

Universitat de Lleida   Diputació de Lleida   medela®   Generalitat de Catalunya Departament de Sanitat i Seguretat Social   www.todocoleccion.net





### 13.3 Enquesta qualitativa

En l'enquesta per obtenir les dades qualitatives sobre els hàbits de lactància de les mares s'utilitzaran preguntes validades en l'Enquesta nacional d'Hàbits de lactància i a més a més se'n incorporaran de pròpies que en cas que el programa es dugués a terme haurien de ser validades abans de passar-les a les usuàries.

Les preguntes validades serien:

- Està alletant actualment?
- Si no dona LM, per quin motiu no ho fa?
- Quina edat (del nen en mesos) considera adequada per deixar de donar pit al nadó?
- Per quin motiu va deixar d'alletar el seu fill?
- Quines considera que són els tres principals beneficis d la lactància pel seu fill?
- Quins són els tres principals inconvenients d'alletar al seu fill per vostè, com a mare?

Preguntes que seria convenient validar abans de dur a terme el projecte:

- Té un bon suport de la parella/família per poder mantenir la lactància materna?
- Fins a quina edat li agradaria mantenir la lactància materna exclusiva?
- És una experiència satisfactòria alletar al seu fill, per vostè?
- Creu que té la suficient informació per a poder solucionar els problemes que poden sorgir relacionats amb la lactància materna?
- Li agradaria rebre més recolzament per part dels professionals sanitaris en la lactància?



Intervenció: Programa “Alleta’m mama” Judit Ninot